FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N° 33

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

René-Devereux DELAGÉNIÈRE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris. Médaille de bronze de l'Assistance Publique.

Né à Aden (Arabie), *le* 5 *janvier* 1884.

DES INDICATIONS

DE

L'EXCLUSION DU PYLORE

DANS LES

AFFECTIONS BÉNIGNES DE L'ESTOMAC

ET DU

DUODÉNUM

Président de la thèse : M. LE PROFESSEUR HARTMANN.

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION LEVÉ

71, RUE DE RENNES, 71

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL N...
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	PROUST
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LŒPER	RICHAUD
BROCA (André)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (André)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BICHAT

Qui a bien voulu me faire le grand honneur de présider cette thèse.

A MES ONCLES, MES PREMIERS MAITRES

DOCTEURS HENRY ET PAUL DELAGÉNIÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

PENDANT MON EXTERNAT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAQUEZ
(Saint-Antoine, 1905).

M. LE DOCTEUR LE GENDRE
(Lariboisière, 1905-1906).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RÉNON
(Pitié, 1906-1907).

M. LE PROFESSEUR GILBERT
(Broussais, 1907).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CLAUDE
(Cochin, 1907-1908).

M. LE DOCTEUR APERT
(Saint-Louis, Enfants, 1908-1909).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLAIN
(Cochin, 1909-1910).

M. LE DOCTEUR QUEYRAT
(Ricord, 1910-1911).

A MON MAITRE ET AMI

A. HOVELACQUE

DES INDICATIONS

DE

L'EXCLUSION DU PYLORE

DANS LES AFFECTIONS BÉNIGNES DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM

INTRODUCTION

On entend par exclusion du pylore une opération qui consiste à sectionner transversalement l'estomac à une certaine distance de la valvule pylorique et à suturer les deux tranches de section. On rétablit par une gastro-entérostomie la communication entre le segment cardiaque de l'estomac et l'intestin.

Supprimant le passage des aliments dans le duodénum, et par conséquent la digestion duodénale à laquelle on attribue une importance primordiale, elle a soulevé de nombreuses objections physiologiques. Mais ses résultats ont bien affirmé aujourd'hui son droit à l'existence.

Elle a été pratiquée et proposée surtout dans l'ulcère de l'estomac. Mais tandis que certains chirurgiens voient en elle un perfectionnement de la gastro-entérostomie dont elle devrait prendre la place, elle reste en réalité dans la pratique chirurgicale une intervention d'exception.

Aussi le docteur Henry Delagénière, notre oncle, nous a proposé de consacrer et de limiter cette étude aux indications de l'exclusion du pylore dans les affections bénignes de

l'estomac et du duodénum en comprenant par bénignes les affections non cancéreuses.

Il a bien voulu nous communiquer des observations et nous avons de plus largement profité d'idées émises au cours de son enseignement clinique. Nous lui exprimons ici toute notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nous essaierons, dans l'histoire de l'exclusion pylorique, de faire en particulier l'histoire des indications.

Ainsi que MM. Leriche et Bressot (1) le signalent, ce n'est pas à Kümmer qu'il faut faire remonter le premier emploi de l'exclusion pylorique. C'est à M. Doyen que revient cette découverte. Se trouvant, au cours d'une opération pour une grosse tumeur du pylore, avoir sectionné l'estomac, il ne put arriver à extirper la tumeur trop adhérente et fut obligé de fermer le pylore. Cette première exclusion date du 28 novembre 1892. C'est là l'histoire classique. Il se peut que M. Doyen la fit de propos plus délibéré. Car dès 1893 il envisage l'indication de compléter la gastro-entérostomie par l'exclusion. « Si le pylore ne doit pas être enlevé, dit-il (2), il faut néanmoins l'oblitérer pour obtenir un fonctionnement parfait de l'orifice gastro-jéjunal. » Il propose une technique simple par section de l'estomac et suture des deux tranches.

Dès 1895, il propose une nouvelle technique, « l'invagination, la plicature du pylore » (3), et même une technique spéciale par invagination du pylore dans le duodénum, fixation, puis plicature qui réalise non plus l'exclusion pylorique, mais l'exclusion du duodénum et, ajoute-t-il, « en cas d'ulcère

---

(1) Leriche et Bressot. L'exclusion du duodénum et l'exclusion du pylore. *Lyon Chirurg.*, T. VI, n° 4, p. 413-448. Article des plus intéressants et d'une documentation parfaite. Nous y avons fait de larges emprunts, pour lesquels nous sommes très reconnaissants aux deux auteurs.

(2) Doyen. In Compte rendu du VII[e] Congr. français chir. — *Revue de chirurgie*, T. XIII, mai 1893, p. 401 et *Bulletin médic.*, 1893, p. 409.

(3) Doyen. *Traitement chirurgical des affect. de l'estom. et du duod.* Rueff, édit., 1895, p. 298, 320.

duodénal, l'oblitération du pylore normal amène une guérison beaucoup plus rapide ».

C'est fortuitement que Eiselsberg (1) redécouvrit l'exclusion, en 1895, en opérant des malades atteints de grosses tumeurs qu'Eiselsberg prit pour des tumeurs cancéreuses, mais qui guérirent par l'opération.

En 1898, Chauvel (2), dans une thèse sur l'exclusion, signale les indications de l'exclusion dans les cas d'ulcères non sténosants et d'ulcères hémorragiques.

En 1898 et 1899, Codivilla (3) fait l'exclusion pour l'ulcère duodénal.

En 1903, Berg (4) pratique l'exclusion par ligature.

En 1904, Mayo (5), dans sa statistique d'ulcères du duodénum, préconise le blocage du pylore.

La même année, M. le Professeur Quénu (6) signale théoriquement les indications que l'exclusion pourrait avoir dans les cas d'hémorragies aiguës.

En 1905, Von Eiselsberg (7) rapporte au premier Congrès international de chirurgie les résultats excellents que lui a donnés l'exclusion dans le traitement des hémorragies.

En 1907, M. Tuffier (8) déclare que l'exclusion « offre presque les mêmes dangers et les mêmes difficultés techniques que la résection sans en avoir les avantages; et n'étant pas meilleure que la gastro-entérostomie, étant moins efficace

---

(1) Von Eiselsberg. Zur Ausschaltung inoperablen Pylorusstriktung. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1895, Bd. 50, p. 919.

(2) Chauvel. *L'exclusion du pylore.* Thèse Paris, 1898.

(3) Codivilla. Contributo alla chirurgia gastrica. Estratto dal *Bulletino delle scienze medicale di Bologna.* Série VII, vol IX et vol. X, novembre 1898 et janvier 1899.

(4) Berg. Einseitige Ausschaltung des Duodenum bei perforierenden Geschwurbildungen an der hinteren Wand des absteigenden Duodenalastes. *Centralblatt f. Ch.*, 23 mai 1903, n° 1, p. 556.

(5) Mayo. Duodenal ulcer; a clinical review of 58 operated cases. *Annals of surgery*, déc. 1904, n° 6, p. 900.

(6) Quénu. *Bull. Soc. chir.*, 1904, p. 305 et 447.

(7) Von Eiselsberg. L'intervention chirurg. dans les maladies non cancéreuses de l'estomac. I^er^ Cong. intern. ch., 1905, p. 219.

(8) Tuffier. *Chirurgie de l'estomac*, 1907, p. 302.

que la résection, l'exclusion, procédé intermédiaire, hybride, n'a guère réussi jusqu'à présent à se faire jour entre elles ».

Au Congrès de chirurgie, M. Jonnesco (1) répond par une longue plaidoirie en faveur de l'exclusion dont il rapporte six cas, puis trois autres cas au Congrès de 1908 (2). A ce même congrès, M. H. Delagénière (3) rapporte trois cas d'exclusion. Le premier était un estomac en bissac qui avait subi antérieurement une gastro-entérostomie.

Royer (4), son élève, expose ces cas dans sa thèse et en même temps, Amza Jianu (5), à Bucarest, rapporte dans sa thèse la belle statistique de son maître Jonnesco; puis publie des travaux avec Grossmann (6) et un article dans les *Archives provinciales de chirurgie* sur les indications de l'exclusion du pylore (7).

Nous citerons les travaux de Parlavecchio (8) et de Randisi (9).

Vautrin (10) étudie l'exclusion comme traitement de l'ulcère duodénal; le rapport de MM. Ricard et Pauchet (11) le discute; M. Delagénière (12) en publie deux cas; M. Quénu (13) pratique l'exclusion pour un ulcère saignant du duodénum. MM. Le-

(1) Jonnesco. L'exclusion du pylore. XX^e Congrès f. ch., 1907, p. 1096-98.
(2) *Id.*, XXI^e Congrès ch., p. 340.
(3) Delagénière. *Id.*, p. 340.
(4) Royer. De l'exclusion du pylore comme complément de la G.-E. Thèse Paris, 1908.
(5) Amza Jianu. *Therapeutica chirurgicala in ulceral stomaculi.* Tipografia Gutenberg, 1907.
(6) Amza Jianu et Grossmann. *Archiv. f. Verdauungs. Krank.*, Bd XVI, Heft II, 1910, p. 147.
(7) Amza Jianu. Les indicat. de l'excl. P. *Arch. prov. chir.*, 1910, n°5, p. 257 à 275.
(8) Parlavecchio. Nuovo methodo per l'exclusione del piloro. *Policlino sez. prat.*, XVII, 17-1910.
(9) Randisi. L'exclusion du pylore par la méthode de Parlavecchio. *La clinica chirurgica*, 31 déc. 1910, n° 12, p. 2333.
(10) Vautrin. Trait. chir. de l'ulc. du duod. *Arch. g. de chir.*, 25 août 1910, n° 8, T. VI, p. 771.
(11) Ricard et Pauchet. Ulcère duodénal. XXIII^e Cong. chir., 1910, p. 461.
(12) Delagénière. Ulc. du duodénum. *Bull. Soc. chir.*, 1910, p. 1054.
(13) Quénu. *Bull. soc. chir.*, 1910, p. 1120.

riche et Bressot (1) citent des travaux italiens tout récents de Cecherelli (2), de Biondi Domenico (3).

Au XI[e] Congrès de chirurgie allemand (4) ont été rapportés des cas de Eiselsberg, Bier et Girard.

De l'étude historique qui précède, il résulte que l'exclusion est une opération discutée, encore en voie d'évolution. Il est intéressant d'essayer de préciser ses indications. C'est ce que nous tentons dans les chapitres suivants.

---

(1) Leriche et Bressot. *Loc. cit.*, p. 420.

(2) Cecherelli. *Clinica chirurgica.* Année XIX, p. 354.

(3) Biondi Domenico, XXIII[e] Cong. soc. italienne de chir. *In Clinica chir.*, 1911, p. 788.

(4) *Presse méd.*, 1911, p. 381.

CHAPITRE II

Indications générales de l'exclusion.

Nous essaierons de dégager les indications générales de l'exclusion par l'étude comparative des principales interventions pratiquées pour les affections bénignes de l'estomac et du duodénum.

Nous étudierons ainsi avec l'exclusion la pylorectomie et la gastro-entérostomie. Nous envisagerons, d'abord, les interventions elles-mêmes, puis les résultats obtenus en ayant surtout en vue l'ulcère simple.

I. Les interventions pratiquées.

La pylorectomie consiste à enlever par deux sections transversales un segment comprenant une partie plus ou moins étendue de la région pylorique et empiétant très peu sur le duodénum.

Elle comporte plusieurs temps :

1° La ligature des pédicules vasculaires, coronaire stomachique et gastro-épiploïque gauche;

2° La section de l'estomac à une distance variable de la valvule pylorique;

3° La fermeture de la tranche stomacale;

4° La libération du pylore;

5° La section du duodénum;

6° La fermeture de la tranche duodénale;

7° La gastro-entérostomie.

On tend à transformer la pylorectomie en une véritable gastrectomie en la prolongeant le long de la petite courbure.

L'exclusion du pylore ne comporte qu'une seule section au niveau de l'estomac, puis la fermeture des deux tranches et

enfin la gastro-entérostomie. Sa technique opératoire supprime donc de celle de la pylorectomie, le 4e et le 5e temps, libération du pylore et section duodénale.

La gastro-entérostomie consiste dans la création d'une bouche artificielle entre l'estomac et l'intestin grêle au niveau du jéjunum. Le procédé le plus employé actuellement est la gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique qui peut être une apposition latérale (procédé de Von Hacker) ou une anastomose en Y (procédé de Roux).

Ces trois procédés vont donc par ordre de complexité croissante de la gastro-entérostomie à la pylorectomie en passant par l'exclusion.

L'exclusion ajoute à la gastro-entérostomie une section et deux sutures; la pylorectomie ajoute à l'exclusion une section et un temps de libération du segment à enlever.

Cette libération du pylore, rarement simple, très souvent longue, difficile, dangereuse, surtout à cause des adhérences au pancréas, est souvent impossible. C'est elle qui crée une énorme différence de difficulté technique entre la pylorectomie et l'exclusion.

En effet, la section stomacale de l'exclusion peut s'écarter largement de la zone des adhérences; c'est même la technique recommandée par M. Jonnesco, et la libération, s'il y a lieu, du segment cardiaque de l'estomac est ainsi rendue très facile. « L'exclusion du pylore, dit Royer (1), est une opération simple. »

Elle est bien plus souvent possible que la pylorectomie et M. Jonnesco (2), au XXIe Congrès de chirurgie, disait n'avoir pu faire à ce moment que six résections pour ulcères alors qu'il avait pratiqué vingt exclusions.

La double section pylorique et duodénale de la pylorec-

(1) Royer. *Loc. cit.*, p. 29.

(2) Jonnesco. XXIe Congrès franç. chirurg. *Presse médicale*, 17 octobre 1908, p. 670.

tomie donne des chances d'infection péritonéale doubles de celles de l'exclusion.

Nous croyons d'ailleurs que dans les conditions actuelles de la chirurgie, ces chances d'infection sont tellement réduites qu'elles ne doivent même pas servir d'argument en faveur de la gastro-entérostomie contre l'exclusion. « C'est vraiment faire bien peu de cas, disent Leriche et Bressot(1), de la technique actuelle que d'objecter à l'exclusion le danger de la péritonite et la fréquence des fistules duodénales. Pareille objection serait incompréhensible de la part d'un chirurgien habitué à la chirurgie abdominale. Si on la faisait, il n'y aurait qu'à passer outre. »

La pylorectomie est une résection, d'une durée le plus souvent longue.

L'exclusion est une section simple.

Elle n'ajoute en moyenne, d'après la pratique de M. H. Delagénière, que vingt à vingt-cinq minutes environ à la durée d'une gastro-entérostomie. « L'exclusion allonge une gastro-entérostomie, mais n'en fait pas une gastro-entérostomie compliquée (2). »

Les traumatisations diverses au cours de la pylorectomie nous paraissent pouvoir être bien plus considérables qu'au cours de l'exclusion. Cette considération pourrait présenter un intérêt au point de vue des dilatations aiguës post-opératoires.

Le shock nous semble devoir être plus intense après la pylorectomie qu'après l'exclusion. Il est d'ailleurs souvent notable après l'exclusion ; nous le voyons durer quarante-huit heures dans l'observation nº 1. La gastro-entérostomie paraît être à ce point de vue plus bénigne.

Aussi les indications opératoires doivent se baser non seulement sur l'état local des lésions, mais aussi sur l'examen

(1) Leriche et Brissot. *Loc. cit.*, p. 424.
(2) *Id.*, p. 424.

général du malade : l'amaigrissement qu'il aura subi, son état actuel d'inanition et de déshydratation, sur l'état du cœur, du pouls, de la tension, de l'anémie globulaire, sur l'examen de l'appareil respiratoire (surtout à cause de la possibilité de tuberculose), sur l'étude des éliminations urinaires, sur la plus ou moins forte dépression du système nerveux.

Il y a là une question personnelle d'appréciation d'éléments complexes et variables avec chaque cas avant et pendant l'opération.

Nous avons vu M. H. Delagénière ne pas pratiquer en cours d'opération une exclusion, mais une simple gastro-entérostomie dans un cas d'ulcère du duodénum chez un malade émacié et anémié par des hémorragies, hématémèses et surtout melænas qui duraient depuis plusieurs mois. Le malade paraissait devoir mal tolérer une prolongation d'opération.

Nous croyons cependant que des sujets très affaiblis peuvent dans bien des cas supporter parfaitement une exclusion. L'observation n° 2 en est une preuve.

Les statistiques opératoires paraissent militer en faveur de l'exclusion. La mortalité générale de la pylorectomie ou des gastrectomies pour ulcères atteint 20 à 25 0/0 environ. « Au Congrès allemand de chirurgie de 1910, Küttner et Payr se sont faits les champions de l'extirpation de l'ulcère. Ils ont pu établir une statistique de 500 cas récents avec une mortalité de 10 0/0 (1). »

« La gastro-entérostomie est bien plus bénigne : la mortalité est tombée au-dessous de 5 0/0. Ainsi Kocher (1910) sur 166 gastro-entérostomies pour affections non cancéreuses, donne 3 morts dont 2 sont dues à la continuation d'une hémorragie existant avant l'opération (2). »

---

(1) Dujarier. État actuel de la chirurgie gastro-duodénale. *Le journal médical français*, 1911, p. 404.

(2) *Idem.*

Il est difficile d'évaluer exactement la mortalité de l'exclusion pour affections non cancéreuses.

D'après Leriche et Bressot(1), au point de vue immédiat, « les résultats opératoires sont parfaits. Nous avons réuni, comme document à l'appui de notre travail, 50 cas d'exclusion sans une mort; les 50 cas représentent toutes les observations publiées avec détail que nous avons pu trouver. Si l'on y joint une quinzaine d'autres faits que nous avons vus cités au cours de nos recherches, mais dont nous n'avons pu faire état à cause de la façon concise dont ils étaient cités, on comprendra que l'on peut affirmer la bénignité de cette opération. On dira peut-être que des cas mortels isolés n'ont probablement pas été publiés; mais à ceci, nous répondrons que Jonnesco a pratiqué 29 exclusions sans une mort et que cela suffit pour trancher la question.

On doit en réalité juger l'exclusion comme on juge aujourd'hui la gastro-entérostomie à la suture. Elle est soumise aux mêmes aléas inévitables (hématémèse post-opératoire, broncho-pneumonie), mais en règle générale elle doit avoir et elle a des suites normales. »

Pour nous, nous ne serions peut-être pas aussi optimistes que MM. Leriche et Bressot; nous trouvons que pour conclure il faudrait attendre des statistiques plus étendues; que le nombre des cas malheureux non publiés pourrait peut-être en modifier les conclusions.

Nous pensons aussi que jusqu'à présent les chirurgiens doivent le plus souvent réserver l'exclusion à des cas choisis où elle a toutes les chances pour elle, alors que la gastro-entérostomie est l'ultime ressource contre les plus mauvais cas.

Nous dirions que l'exclusion est la jeune recrue que l'on aguerrit peu à peu aux petites escarmouches, tandis que la gastro-entérostomie est le vieux soldat d'une sûreté et d'une

(1) Leriche et Bressot. *Loc. cit.*, p. 423.

fidélité depuis longtemps éprouvées que l'on envoie aux plus mauvaises batailles.

Nous persistons à penser que, jusqu'à plus ample démonstration, l'exclusion doit être plus grave que la gastro-entérostomie, mais qu'il doit y avoir moins de différence à ce point de vue entre elle et la gastro-entérostomie qu'entre l'exclusion et la pylorectomie.

II. — Les résultats.

Nous allons essayer de montrer par l'étude des résultats obtenus :

1° Que l'exclusion peut donner dans certains cas des résultats supérieurs à ceux de la gastro-entérostomie;

2° Qu'elle donne des résultats comparables à ceux de la pylorectomie ou, d'une façon plus générale, de l'extirpation de l'ulcère.

A. Nous comparerons donc d'abord les résultats de la gastro-entérostomie et de l'exclusion vis-à-vis des principaux troubles contre lesquels elles sont dirigées en ayant particulièrement en vue l'ulcère simple.

On peut diviser ces troubles en :

Troubles du mécanisme stomacal;

Troubles du chimisme stomacal;

Symptômes fonctionnels et généraux.

a) Troubles mécaniques.

C'est la stase gastrique par sténose qui constitue l'indication la plus fréquente et la plus importante d'intervention.

Examinons d'abord les effets de la gastro-entérostomie sur l'évacuation de l'estomac.

A la suite des nombreuses études qui ont été faites, nous croyons qu'aujourd'hui on peut distinguer deux sortes de cas suivant que le pylore est perméable ou non.

Quand la sténose pylorique est très serrée, pratiquement complète, l'exclusion n'ajoute rien, au point de vue méca-

nique, à la gastro-entérostomie. Elle devient complètement inutile.

D'ailleurs les résultats éloignés de la gastro-entérostomie dans les cas de sténose serrée sont le plus souvent parfaits. « On peut dire, aujourd'hui, dit M. Monprofit (1), que le rétrécissement non néoplasique du pylore est le triomphe de la gastro-entérostomie. » « On peut aujourd'hui affirmer que la gastro-entérostomie est l'opération idéale des sténoses cicatricielles et des rétrécissements fibreux serrés. » (Leriche et Bressot) (2).

Tous les chirurgiens s'accordent aujourd'hui sur ce point. Il n'en est pas de même pour les cas où le pylore reste perméable.

On tend à admettre aujourd'hui que la gastro-entérostomie ne donne de bons résultats que dans les cas où il existe un obstacle à l'évacuation de l'estomac, que cet obstacle soit organique ou fonctionnel. Cette opinion est confirmée par M. le Professeur Hartmann (3).

Les différences de résultats tiennent aux différences de modalités de l'évacuation de l'estomac.

Lorsque la sténose pylorique est incomplète, due en partie à un spasme provoqué par un ulcère pylorique ou juxta-pylorique en activité, tant que le spasme dure, l'évacuation stomacale se fait par l'anastomose. Les bons résultats obtenus ainsi amènent des modifications de l'ulcère qui tend à guérir.

Mais alors le spasme disparaît, le pylore s'ouvre et l'évacuation stomacale redevient mauvaise, replaçant l'estomac et l'ulcère dans les conditions antérieures; les troubles ont tendance à reparaître. Ajoutons cependant que les modifications ainsi obtenues sur l'ulcère sont très souvent suffisantes pour amorcer et amener sa guérison.

---

(1) Monprofit. *La gastro-entérostomie*, p. 291.
(2) Leriche et Bressot. *Loc. cit.*, p. 430.
(3) Hartmann. *Bull. Soc. chirurgie*, 1907, p. 1279.

L'évacuation stomacale après la gastro-entérostomie a fait l'objet de nombreux travaux dont on peut conclure que, quand le pylore est normal ou perméable : 1° La stase gastrique est diminuée mais ne disparaît pas.

« Le séjour des aliments dans l'estomac reste néanmoins un peu plus long que dans un estomac normal (1). »

La stase gastrique sur laquelle insiste Denéchau avait été parfaitement démontrée par Soupault, qui a trouvé des aliments dans l'estomac plusieurs heures après l'ingestion. Nous y reviendrons tout à l'heure.

2° La bouche gastro-jéjunale fonctionne mal ou pas du tout.

Ceci a fait l'objet de nombreuses expériences. Celles de Kelling (2) rapportées par Bréchot (3) sont exposées par Royer (4) de la façon suivante :

« 1° On pratique sur un chien une gastro-entérostomie antérieure et on place dans la bouche un tube de caoutchouc que l'on fixe à l'estomac et au jéjunum.

On pratique ensuite deux fistules : l'une aboutissant au duodénum et l'autre très rapprochée de l'anastomose sur le jéjunum.

Les fistules étant fermées, on injecte, dans l'estomac de l'animal, 200 centimètres cubes de liquide coloré par du carmin. Si une demi-heure après, on ouvre les fistules, on voit qu'il s'écoule 100 centimètres cubes de liquide par le duodénum, tandis que le jéjunum n'en donne que cinq. En attendant plus longtemps, la quantité totale de liquide retiré augmente, mais la proportion reste la même. Pourtant, si après avoir sacrifié l'animal, on retire son estomac et qu'on le remplisse d'eau, le liquide s'évacue aussi bien par le pylore que par

(1) Dujarier. *Loc. cit.*

(2) Georg Kelling. Studien zur chirurgie des Magens. *Arch. f. Klin. chirurgie*, Berlin, 1900, T. LXII, p. 1 et 288.

(3) Bréchot. *Revue chirurgie*, 1907, T. I, p. 112, T. II, p. 284, T. III, p. 471.

(4) Royer. *Loc. cit.*, p. 24.

l'anastomose. M. Bréchot (1) explique ces résultats par le rôle physiologique du pylore vers lequel converge la contraction stomacale. Si le liquide n'obéissait qu'à des lois physiques, il devrait s'évacuer comme après la mort de l'animal. « Nous pensons, dit-il, que la contraction, en se faisant, chasse le liquide vers le pylore, porte naturelle, et oblitère la bouche de gastro-entérostomie, soit parce que le tube de caoutchouc qui la maintient ouverte ne peut lui résister, soit, et je crois cette dernière hypothèse plus vraisemblable, parce que la muqueuse mobile de l'organe vient oblitérer, en la voilant, la lumière de la bouche. »

2° Il explique de la même façon l'expérience suivante : on fait une gastro-entérostomie en Y à un chien par le procédé de Roux; puis, on pratique une fistule duodénale et une fistule jéjunale, cette dernière entre l'estomac et l'entéro-anastomose. Ce chien prend 500 grammes de petit-lait et, au bout de quinze minutes, on obtient 35 grammes de liquide par le duodénum, 4 grammes par le jéjunum. L'autopsie montre que la bouche est ouverte et que l'eau introduite dans l'estomac s'écoule facilement par elle.

3° On fait une gastro-entérostomie à un chien et on lui lie le duodénum. Ce chien meurt d'inanition. Le chyme s'est accumulé dans le duodénum. Son acidité a fait fermer le pylore et arrêter les contractions de l'estomac. L'autopsie montre que l'eau s'écoule par la gastro-entérostomie. « La conclusion de ces faits, dit encore M. Bréchot, est qu'une bouche de gastro-entérostomie ne fonctionne pas ou fonctionne d'une façon insuffisante quand le pylore, chemin normal, est ouvert ou partiellement rétréci seulement;

Que le duodénum règle la motricité stomacale, ainsi que celle du sphincter pylorique même, et qu'il assure, par cette action, l'évacuation physiologique de l'estomac. »

---

(1) *Loc. cit.*, p. 130.

Ces expériences ont été confirmées par celles de M. Pierre Delbet (1).

M. Tuffier (2) a étudié l'évacuation de l'estomac par la radioscopie chez le chien gastro-entérostomisé et dit avoir eu l'impression très nette que, au moment de l'expulsion, les contractions stomacales convergeant vers le pylore, obturent la bouche gastro-intestinale. Tout le contenu stomacal passe par le duodénum et rien par la bouche.

Il y a là comme une oblitération de la bouche anastomotique.

Mais nous croyons que cette oblitération qui a été admise et dont on a cité des cas chez les opérés n'est le plus souvent qu'une oblitération fonctionnelle. Les oblitérations réelles sont rares et l'état de perméabilité ou de non-perméabilité du pylore n'a peut-être sur elles qu'une influence douteuse.

Ainsi que M. le Professeur Hartmann (3) l'a fait remarquer à la Société de chirurgie, il semble difficile de comprendre comment un orifice bien bordé de muqueuse comme l'anastomose gastro-jéjunale pourrait s'oblitérer seulement par arrêt de fonctionnement, arrêt qui serait dû à la gastro-entérostomie avec pylore perméable. Pour M. Hartmann, cette oblitération serait souvent due au développement local d'un ulcère, ainsi que dans les cas qu'il a rapportés à la Société de chirurgie.

D'autre part, les cas rapportés par M. Papadopoulos (4) (3 oblitérations avec pylore perméable; 9 oblitérations avec sténose manifeste), iraient plutôt contre la théorie de l'influence de la perméabilité pylorique sur l'oblitération de la bouche anastomotique.

Les faits d'oblitération ne pourraient pas, par conséquent, servir d'argument contre la gastro-entérostomie en faveur de l'exclusion du pylore.

---

(1) Pierre Delbet. *Bulletin Soc. chirurg.*, 1907, p. 1250.
(2) Tuffier. *Bull. Soc. chir.*, 1907, p. 1274.
(3) Hartmann. *Bull. Soc. chir.*, 1910, p. 1073-1074-1162-1188.
(4) Papadopoulos. *Contribution à l'étude des suites éloignées et de la valeur de la gastro-entérostomie.* Thèse Paris, 1909-1910, n° 341.

Les expériences que nous avons rapportées plus haut sur le fonctionnement des bouches anastomotiques ont été d'ailleurs faites chez des animaux et il ne faudrait pas, ainsi que M. le Professeur Hartmann (1) l'a fait remarquer, conclure d'une façon absolue de l'animal à l'homme. M. le Professeur Delbet s'en est d'ailleurs abstenu.

Les examens radioscopiques de gastro-entérostomisés sont cependant arrivés aux mêmes résultats.

Schüller (2) a constaté qu'un estomac gastro-entérostomisé ne s'évacue pas plus vite qu'un estomac normal et que chez tous les malades l'évacuation se fait, en partie au moins, par le pylore, après une première période où tout passe par la bouche.

C'est ce qu'ont confirmé les examens de Härtel (de Berlin) (3).

Il ne faudrait pas de ces résultats conclure à la condamnation absolue de la gastro-entérostomie dans les cas de sténose incomplète du pylore.

Il est difficile, en effet, de savoir si la période pendant laquelle le pylore reste spasmodiquement obturé ne suffit pas à amorcer d'une façon définitive la guérison de l'ulcère — si d'ailleurs, même avec une évacuation de l'estomac relativement imparfaite, mais améliorée, l'ulcère n'arrivera pas à la guérison.

En résumé, la gastro-entérostomie peut être exposée par le passage du chyme acide dans le duodénum à reproduire la stase par arrêt des contractions stomacales. D'autre part, la bouche ne fonctionnant pas, l'estomac se trouve obligé de lutter à nouveau contre les obstacles, incomplets, mais permanents qui s'opposent à son évacuation.

---

(1) Hartmann. *Bull. Soc. chir.*, 1907, p. 1278.

(2) Schüller. *Recherches cliniques et expérimentales sur les fonctions de l'estomac après la gastro-entérostomie et la pylorectomie* (*in Journ. de Chir.*), T. VI, n° 4, p. 419.

(3) Härtel. *Gastro-entérostomie et radiographie* (*in Journ. de Chir.*), juin 1911 p. 668.

La gastro-entérostomie ne donne donc pas, en résumé, une évacuation stomacale excellente en cas de perméabilité pylorique.

Il n'est d'ailleurs pas absolument indiscutable pour tous que la pylorectomie ou l'exclusion augmentent considérablement la rapidité de l'évacuation gastrique et aient ainsi grande supériorité sur la gastro-entérostomie.

Schüller (1), en effet, a conclu de ses examens que la durée de la digestion stomacale reste, après la pylorectomie, à peu près la même qu'après la gastro-entérostomie, c'est-à-dire de deux à quatre heures environ.

Nous croyons que ces conclusions ne doivent pas être admises d'une façon absolue.

MM. Tuffier (2), Amza Jianu (3), Bréchot (4) concluent, au contraire, dans les cas de pylore fermé, à une évacuation plus rapide que sur un estomac normal, peut-être grâce à l'absence de sphincter au niveau de l'orifice, peut-être grâce au mécanisme constaté par M. Tuffier (5) : le passage de quelques gouttes dans l'intestin par la bouche dès l'arrivée des aliments réagissant sur la sécrétion pancréatico-biliaire et secondairement sur l'ouverture de la bouche et mettant plus rapidement en jeu la fonction évacuatrice.

Aux radioscopies de Schüller, on peut opposer celles de MM. Leriche et Bressot (6) qui « montrent que l'évacuation gastrique est accélérée. Comme Severeanu et Amza Jianu chez les malades de Jonnesco, disent Leriche et Bressot, nous avons vu avec Cade, chez notre opérée, le transit gastro-jéjunal se faire rapidement.

Après ingestion de bouillie bismuthée, l'estomac apparaît

(1) Schüller. *Loc. cit.*
(2) Tuffier. *Bull. Soc. chirurgie*, 1907, p. 1276.
(3) Amza Jianu. *Loc. cit.*
(4) Bréchot. *Loc. cit.*
(5) Tuffier. *Loc. cit.*
(6) Leriche et Bressot. *Loc. cit.*, p. 427.

tout entier eà gauch de la colonne, sous l'aspect d'un sac allongé avec quelquefois un petit jabot inférieur; en quelques minutes on voit des bouchées de bismuth passer dans l'intestin et au bout d'un quart d'heure, il y en a déjà à une certaine distance de l'anastomose. »

Cliniquement d'ailleurs, les résultats constatés chez les anciens opérés de gastrectomie pour cancer, imposent bien l'idée, pour M. Delagénière, que l'exclusion comme la pylorectomie doivent modifier très notablement l'évacuation d'une poche stomacale incapable de contenir la quantité d'aliments que les malades arrivent à absorber.

Si nous ajoutons que l'exclusion du pylore et la pylorectomie ne font que réaliser l'imperméabilité pylorique; que cette imperméabilité est reconnue par les chirurgiens comme la meilleure condition de réussite de la gastro-entérostomie, il semble permis de dire que l'exclusion, au point de vue de l'évacuation stomacale, est supérieure à la gastro-entérostomie dans les cas où le pylore est ou redevient secondairement perméable.

De cette étude des résultats physiques et mécaniques de l'exclusion et de la gastro-entérostomie, nous pouvons conclure à la supériorité théorique à ce point de vue de l'exclusion sur la gastro-entérostomie :

1° Quand les lésions sont pyloriques, parce que l'exclusion soustrait les lésions aux excitations physiques et mécaniques de la digestion.

2° Quand les lésions sont duodénales, il en est de même.

3° Quand les lésions sont stomacales, si le pylore est ou peut devenir perméable.

L'exclusion du pylore semble donc favoriser plus que la gastro-entérostomie la guérison des lésions bénignes de l'estomac et du duodénum.

En cas de sténose incomplète du pylore, seule elle peut assurer une évacuation stomacale parfaite qui permettra la mise au repos de la musculature stomacale, et par conséquent

l'amélioration de la dilatation gastrique, et la mise au repos de la muqueuse stomacale, atteinte de lésions inflammatoires chroniques avec souvent même de petites ulcérations.

b) Troubles du chimisme.

A la suite de la gastro-entérostomie se produit souvent du reflux de la bile dans l'estomac qu'on tend à considérer aujourd'hui comme un heureux résultat.

De plus, il y a des modifications du chimisme.

D'après Soupault (1), il y a amélioration de l'hypersécrétion digestive, le plus souvent disparition de l'hypersécrétion à jeun.

« Enfin le taux de l'acidité baisse dans des proportions beaucoup moindres, on constate certainement une diminution dans la valeur des chiffres exprimant l'acidité totale et la chlorhydrie; pour quelques malades, elle est à peine sensible; pour la majorité, elle est plus importante, quoique pas encore très considérable. »

L'insuffisance des modifications de la sécrétion stomacale peut s'expliquer par la façon indirecte et incomplète par laquelle la gastro-entérostomie agit sur l'ulcère, sur la stase, sur les lésions de gastrite.

Cette insuffisance de transformations du milieu stomacal tant au point de vue mécanique que chimique est démontrée en clinique par la survenance de différents accidents que nous ne ferons qu'indiquer et qui ont été bien souvent étudiés :

la continuation de l'évolution de l'ulcère aboutissant à des accidents graves, hémorragies (36 cas relevés par Jianu) (2), perforations, dégénérescence cancéreuse (Jonnesco) (3).

la survenance de nouveaux ulcères siégeant soit sur le corps de l'estomac, soit au niveau des bouches.

---

(1) Soupault. In Hartmann. *Travaux de chir. anat. clinique*, s^e^ 1, p. 242.
(2) Jianu. *Loc. cit.*
(3) Jonnesco. *Cong. chir.*, 1907, p. 1098.

l'ulcère peptique du jéjunum aujourd'hui bien connu.

les troubles dyspeptiques étudiés par Parmentier et Denéchau (1) et constituant un syndrome dyspeptique secondaire de la gastro-entérostomie dû bien probablement à l'évolution de nouveaux ulcères et qui peut survenir dans une proportion atteignant 70 0/0 des cas.

Au contraire, l'exclusion semble amener des modifications profondes du chimisme que MM. Leriche et Bressot exposent ainsi :

« L'exclusion modifie rapidement le chimisme gastrique. Amza Jianu l'a prouvé expérimentalement et cliniquement sur des chiens; il a vu que la gastro-entérostomie ne modifiait pas le suc gastrique, tandis que la pylorectomie et l'exclusion amenaient rapidement une diminution de l'acidité, du chlore organique et minéral, à peu près dans une proportion de moitié.

D'autre part, chez la plupart des malades de Jonnesco, on a fait le chimisme avant et après l'exclusion et Jianu a noté, d'une façon pour ainsi dire constante, la diminution de l'hypersécrétion, de l'hyperchlorhydrie.

Pour fixer les idées, on nous permettra de citer des chiffres. Dans la seconde de ses observations (que nous prenons au hasard, en exemple), Jianu donne les résultats suivants de l'examen du suc gastrique à une douzaine de jours d'intervalle.

	Avant l'opération	Après l'opération
Acidité totale.	2,80	1,45
Acide chlorhydrique libre. .	1,26	0,21
Chlore combiné organique. .	2,60	1,10
Chlorhydrie.	3,86	1,31
Chlore total.	4,10	2,91
Chlore minéral fixe.	0,24	1,60. »

(1) Denéchau. *Les suites médicales éloignées de la G.-E. au cours de l'ulcère de l'estomac et de ses complications.* Thèse Paris, 1907.

Des résultats semblables ont été obtenus à la suite des opérations pratiquées par M. Jonnesco, et dans une observation de M. Delagénière rapportée par Royer (1) on trouve les résultats suivants.

Le 20 octobre :	Acidité totale :	2,70 par litre.
—	Chlore total :	5,47 par litre.
Le 10 décembre :	Acidité totale :	1,90 par litre.
—	Chlore total :	4,16 par litre.

c) Symptômes fonctionnels et généraux.

Le plus souvent les symptômes fonctionnels et généraux sont très améliorés par la gastro-entérostomie d'une façon immédiate. Ainsi que nous l'avons vu, les troubles dyspeptiques réapparaissent souvent au bout d'un temps variable.

En résumé, la gastro-entérostomie n'est pas parfaite au point de vue théorique, mais dans la pratique chirurgicale elle a rendu les plus grands services et obtenu de merveilleux résultats. L'exclusion est inutile quand le pylore est imperméable ou pratiquement imperméable. Même avec un pylore perméable ou susceptible de le redevenir, la gastro-entérostomie suffit à donner des succès qui peuvent justifier la prévention que beaucoup de chirurgiens ont contre l'exclusion.

La gastro-entérostomie peut donc être une opération suffisante, mais elle n'est que palliative et l'exclusion, croyons-nous, peut faire beaucoup mieux qu'elle.

B. Pylorectomie et exclusion.

La gastro-entérostomie d'ailleurs s'est souvent montrée tout à fait insuffisante et on tend à la remplacer à l'heure actuelle par une opération plus radicale : la pylorectomie.

La pylorectomie est l'opération idéale.

(1) Royer, *Loc. cit.*, p. 59.

1° Elle supprime les lésions siégeant dans la région pylorique.

2° Elle assure une évacuation aussi parfaite que possible de l'estomac.

3° Elle agit puissamment sur l'hypersécrétion et l'hyperacidité, ce qui a été signalé par Soupault et de nombreux auteurs.

4° Par cette transformation du milieu stomacal, elle met les lésions extra pyloriques dans les meilleures conditions de guérison et évite la plupart des accidents consécutifs à la gastro-entérostomie.

L'exclusion a presque tous les avantages de la pylorectomie.

Elle soustrait l'ulcère, quand il est pylorique, à tous les contacts irritants des aliments et des acides de la digestion, et cette acidité est le facteur étiologique essentiel de l'ulcère.

D'autre part, Jianu et Grossmann (1) ont démontré l'arrêt de la sécrétion de la muqueuse pylorique exclue qui aurait pu continuer l'irritation de l'ulcère. Ils ont signalé aussi l'atrophie progressive de la muqueuse qui ne peut avoir qu'un heureux effet sur la régression de l'ulcère.

Il ne paraît donc pas exagéré de penser que l'exclusion doit aboutir à la guérison de l'ulcère.

Jonnesco l'a d'ailleurs constaté expérimentalement chez le chien; les heureux effets thérapeutiques constatés par les chirurgiens qui pratiquent l'exclusion et les quelques cas que nous rapportons viennent à l'appui de cette conception.

Nous empruntons à Leriche et Bressot les considérations suivantes :

« Au point de vue éloigné, les observations déjà anciennes

(1) Jianu et Grosmann. *Archiv.f. Verdauungs Krank.*, 1910, Bd XVI, p. 147.

de von Eiselsberg et celles de Jonnesco permettent de voir que les améliorations observées sont durables et les résultats excellents.

Les deux malades opérés par von Eiselsberg, en 1905, avaient d'énormes tumeurs que l'on avait prises pour des cancers. L'exclusion les fit disparaître complètement et ces malades restèrent complètement guéris jusqu'à leur mort, survenue pour tout autre cause que leur lésion gastrique, sept ans et neuf ans après l'intervention.

Dans ses 29 cas, sauf un, Jonnesco a obtenu un résultat excellent : « les douleurs, l'hémorragie, l'hyperacidité et l'hypersécrétion gastriques ont complètement et rapidement cédé »; dans tous les cas, la guérison se maintient encore. Le seul échec de Jonnesco tint à une hémorragie foudroyante survenue dans le décours opératoire; elle était due à deux artérioles béantes au niveau de l'ulcère.

Enfin Vautrin a cité une guérison maintenue parfaite pendant trois ans.

Pour résumer les indications générales de l'exclusion, nous pourrions dire que :

L'exclusion est plus facile, moins grave, bien plus souvent possible que la pylorectomie et donne des résultats presque comparables aux siens; que légèrement plus difficile et plus grave que la gastro-entérostomie, elle donne, d'une façon générale, des résultats meilleurs qu'elle; que théoriquement donc elle devrait être substituée à la gastro-entérostomie dans tous les cas où la pylorectomie étant impossible, l'exclusion serait possible. Dans la pratique, la pylorectomie reste le traitement de choix; quand elle est impossible, on pratiquera le plus souvent la gastro-entérostomie qui suffit généralement.

Si cependant la gastro-entérostomie n'a pas donné de résultats satisfaisants dans une intervention antérieure, si au

(2) Leriche et Brissot. *Loc. cit.*, p. 425.

cours de l'opération on constate des indications spéciales de l'exclusion, l'extirpation étant impossible, il faudrait tenter l'exclusion.

La principale contre-indication vient de l'état général. L'exclusion est une intervention sérieuse qu'il faut savoir ne pas imposer à des sujets trop affaiblis.

CHAPITRE III

Indications particulières de l'exclusion dans les affections bénignes de l'estomac et du duodénum.

Dans une revision rapide des affections non cancéreuses de l'estomac et du duodénum, nous allons essayer de préciser les indications de l'exclusion. Nous ferons remarquer que, le plus souvent, c'est seulement au cours de l'intervention que se fait le choix de l'opération à pratiquer.

C'est ainsi que nous comprendrons aussi la question. Nous rechercherons les indications *du choix du procédé opératoire* et non le diagnostic de *l'intervention* que nous supposerons posé.

Nous ne nous étendrons particulièrement qu'à propos des indications les plus intéressantes de l'exclusion.

I. Affections bénignes de l'estomac.

La plus intéressante de beaucoup est l'ulcère simple.

A. — Ulcère simple.

Rappelons que l'ulcus simple récent se guérit par *cicatrisation* ou passe à l'état *chronique*, prenant généralement la forme d'*ulcère calleux*. Une cicatrice ou un ulcère calleux peuvent subir la *dégénérescence cancéreuse*.

Au cours de son évolution, l'ulcère se traduit par un *trépied symptomatique* : de douleurs, d'hémorragies, de troubles dyspeptiques, et peut présenter à une période quelconque des complications variées. L'ulcère stomacal récent relève de la médecine et ce sont ses complications qui peuvent être causes d'une intervention chirurgicale.

Nous distinguerons à ce point de vue :

1° Le passage à l'état chronique;
2° Les phénomènes de sténose pylorique;
3° Les périgastrites;
4° Les hémorragies;
5° Les perforations.

1° Passage a la chronicité. — Le diagnostic de l'intervention est des plus délicats, mais aussi des plus intéressants. Nous rappellerons comme indications opératoires l'échec du traitement médical prolongé ou sa non-observance (par des alcooliques invétérés par exemple), les rechutes successives, les troubles de l'état général pouvant aboutir à la tuberculose.

Mais la plus importante des indications est la *transformation possible* d'un ulcère chronique calleux *en cancer*. La fréquence de cette transformation atteint, pour certains auteurs, la proportion considérable de 50 0/0 et jusqu'à 71 0/0 (1).

Cette fréquence est une indication primordiale d'une opération la plus radicale possible.

Il y a contre-indication nette de la gastro-entérostomie pour un ulcère calleux suspect. Il faut pratiquer la pylorectomie, l'excision de l'ulcère, l'exclusion dans des cas plus rares et déjà comme un pis aller.

2° Sténose pylorique. — Nous ne rappellerons pas la pathogénie, les modalités, le degré, essentiellement variables, de la sténose. Nous dirons que, lorsque la sténose est très serrée, d'origine cicatricielle, la gastro-entérostomie donne le plus souvent les meilleurs résultats, amenant quelquefois de véritables résurrections.

Dans les cas, au contraire, où la sténose est incomplète, coïncidant souvent avec un ulcère chronique calleux et des adhérences, la coexistence de ces différents éléments nous semblerait indiquer la pylorectomie ou, si elle est impossible,

1. W. Mayo. Excision des ulcères calleux dela paroi postérieure de l'estomac par voie transgastrique. *Annals of Sugery*, décembre 1910, p. 797-800.

l'exclusion trouve ici une de ses plus intéressantes indications.

3° La périgastrite. — La plupart des ulcères anciens se compliquent de péritonite plastique. Cette périgastrite adhésive peut être *localisée* ou *généralisée*, constituant une véritable symphise gastrique, antérieure ou postérieure. Localisée, elle fixe le plus souvent étroitement la face postérieure du pylore sur la tête du pancréas. Ce processus de réaction inflammatoire peut d'ailleurs se propager, pour nous, à la glande et être une cause de pancréatite chronique.

Ces adhérences ont pour effets de rendre la *libération* du pylore pénible et dangereuse, *très souvent impossible* à cause de la fragilité du tissu pancréatique et des hémorragies possibles. Ces adhérences, par les tiraillements qu'elles subissent au cours de la digestion, sont l'origine de *douleurs* plus ou moins vives continues avec paroxysmes au moment des repas. Ces douleurs persisteront malgré la gastro-entérostomie, si l'on n'a pu faire la libération du pylore, ou elles reparaîtront si les adhérences se reproduisent.

La périgastrite contribue encore à faire subir à l'estomac des *déformations* par tiraillements, par torsion ou par rétraction amenant des phénomènes de sténose. Elle fixe à demeure les déformations stomacales, rendant impossible le placement de la bouche de la gastro-entérostomie en bonne place ou nuisant à son fonctionnement.

La symphise *gêne* considérablement la *motricité* de l'estomac et sa bonne évacuation.

Enfin la symphise antérieure forme au-devant du pylore un gâteau épais qui donne l'illusion d'une *tumeur* véritable, difficile, souvent impossible à distinguer même au cours de l'intervention d'une tumeur maligne; d'autant que des adénopathies viennent compléter l'illusion.

Dans les cas ordinaires, la gastro-entérostomie sera suffisante.

« Lorsqu'il s'agit d'adhérences localisées, dit M. Hartmann (1), il suffit de faire la section ou, au besoin, la résection des adhérences pour obtenir la guérison.

« Lorsqu'au contraire les adhérences sont étendues, on peut craindre leur reproduction. Mayo Robson conseille d'interposer, en pareil cas, l'épiploon entre la paroi abdominale ou le foie et la région pylorique, de manière que, si des adhérences se reforment, elles se fassent entre le pylore et une partie mobile, comme l'épiploon, au lieu de se refaire entre l'estomac et une surface fixe. »

Nous pensons cependant que la périgastrite fournit des indications multiples à pratiquer l'exclusion, à défaut d'une pylorectomie ou une excision souvent impossible.

L'exclusion faite largement, en mobilisant bien la poche stomacale, en la libérant sur une certaine longueur du petit épiploon, ainsi que le préconise M. H. Delagénière, permet de transformer l'estomac en un sac vertical bien libéré et mobile avec une bonne anastomose au point le plus déclive.

Obs. I. Communiquée par M. Delagénière (*inédite*).

Ulcère de la petite courbure de l'estomac.

1re *Opération : gastro-entérostomie.*

2e *Opération : exclusion du pylore.*

Mme Cécile G..., 40 ans, sans profession, habitant Le Mans.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 70 ans, en bonne santé. Mère, morte à 40 ans d'appendicite; elle souffrait de l'estomac depuis dix ans, et suivait un régime presque exclusivement lacté.

Antécédents personnels. — Diphtérie à 6 ans.

Réglée à 13 ans; règles abondantes, obligeant souvent la malade à garder le lit. Mariée à 21 ans, a eu 8 enfants, dont 6 vivants.

A signaler des angines fréquentes.

(1) Hartmann. *Loco citato*, p. 217.

Fièvre typhoïde à 33 ans.

Rein gauche flottant, constaté en 1902.

Depuis sa fièvre typhoïde, il y a sept ans, la malade a des troubles digestifs consistant en régurgitations acides survenant une à deux heures après les repas, et en un point épigastrique douloureux avec irradiations dorsales. La douleur disparaissait sitôt que la malade ingurgitait un peu de lait. Quelques périodes d'accalmie durant quatre à cinq mois, pendant lesquelles a malade se permettait un régime moins sévère. Même, étant devenue enceinte, la malade n'a éprouvé aucun trouble digestif pendant toute la durée de sa grossesse, quoique ne suivant pas de régime.

Bientôt, les douleurs stomacales augmentent; à partir d'octobre 1908, la malade voit ses forces diminuer rapidement et s'anémie progressivement, elle maigrit de 5 à 6 kilogrammes. Jamais de vomissements ni de perte de sang par l'anus.

A la suite d'un repas d'épreuve, on trouve comme acidité totale : 2, 80.

Entrée à la Clinique du Dr Delagénière le 2 juillet 1909. — La malade est considérablement affaiblie; décoloration des muqueuses et de la peau.

Elle prend environ 1 litre 1 /2 de lait par jour, sans vomissements, mais une heure après l'absorption du lait, elle éprouve au creux épigastrique des douleurs très vives qu'elle compare à des brûlures; ces souffrances la font hésiter à prendre davantage de lait.

A la palpation, pas de tumeur; une vive sensibilité dans toute la région gastrique; pas de ganglions, pas de clapotement, l'estomac ne paraît pas dilaté.

Le tube de Faucher ne ramène aucun liquide de stase.

La malade est préparée par un lavage quotidien d'estomac, un lavement de sérum par jour et un lavage d'intestin.

Opération le 8 juillet 1909. — Lavage d'estomac préalable. Laparotomie sus-ombilicale.

On trouve un estomac dilaté et ptosé, le pylore est entouré d'adhérences et au niveau de la petite courbure est un noyau

dur et gros comme une noisette fixé par des adhérences au pancréas.

M. Delagénière pense à un ulcère en voie de cicatrisation peut-être suspect. Ganglions sur la petite courbure et dans le grand épiploon.

M. Delagénière *signale ces indications d'exclusion*; mais en raison de l'état de la malade, il se contente d'une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, avec libération du pylore.

Un ganglion prélevé à fin d'examen ne s'est pas montré néoplasique.

Durée une heure et demie.

Suites. — Dans l'après-midi, 200 grammes de sérum sous la peau, huile camphrée. Un lavage d'estomac ramène un peu de sang : on laisse à l'intérieur une tasse de tilleul qui occasionne quelques nausées, mais passe. Le lendemain, la malade a bon aspect, 90 pulsations; elle prend un peu de lait coupé d'eau de Vichy sans inconvénients.

20 *juillet.* Cicatrisation de la plaie par 1re intention. La malade mange et est enchantée de l'opération.

Sortie le 26 *juillet* 1909.

Après sa sortie de la clinique, régime lacto-pâteux avec un peu de viande rôtie au repas du midi.

Pendant deux mois, faiblesse extrême, peu d'appétit jusqu'en novembre, digestions pénibles : peu après le repas, aigreurs et crampes d'estomac.

Les règles ne reparaissent plus jusqu'en octobre 1910; état général légèrement amélioré. Mais la malade, vers cette époque, ressent une douleur vague au niveau du creux épigastrique et de l'hypochondre gauche, gargouillement et stase pendant trois ou quatre heures après le repas.

De novembre à janvier, traitement homéopathique et régime pâteux; nausées après les repas; la malade ne ressent réellement de bien-être que pendant la deuxième partie de la nuit, de minuit à sept heures du matin, lorsque l'estomac est vide.

En mai 1911, à l'*examen radioscopique* avec lait de bismuth

fait par le Dr Langevin, on constate une dilatation énorme de l'estomac qui est situé presque tout entier à gauche de la ligne médiane. Le vestibule pylorique, le pylore et une partie du duodénum sont ptosés au-dessous de l'ombilic. Aux dépens de la paroi inférieure du vestibule pylorique, entre le pylore et l'anastomose gastro-jéjunale, s'est formé un cul-de-sac où s'accumule le lait de bismuth. Ce cul-de-sac dont le bord inférieur descend près du pubis se trouve situé, grâce à la ptose verticale du canal pylorique, à un niveau inférieur à la bouche anastomotique qui ne peut pas le drainer. « Le bismuth semble fixé à cette place, on ne peut le refouler en haut. »

On décide une exclusion du pylore. La malade *entre à la clinique du Dr Delagénière le* 8 *juin* 1911. Elle vient d'avoir ses règles. L'état général est très mauvais, l'amaigrissement considérable. Un lavage d'estomac fait avant l'opération ne ramène que du liquide teinté de bile.

Opération le 10 *juin* 1911. — Chloroforme. Incision suivant la cicatrice. On constate une ptose du gros intestin qui a entraîné avec lui l'estomac, le duodénum et le pancréas. Le pancréas est devenu vertical, la tête plus bas que l'ombilic.

Le petit épiploon est fixé à la paroi. L'estomac devenu vertical est situé tout entier à gauche de la ligne médiane.

L'antre prépylorique est basculé au-dessous de l'ombilic, entraîné par la ptose du pancréas et du duodénum, et fixé à la tête du pancréas par des adhérences ; les adhérences immobilisent ainsi l'antre prépylorique qui forme un cul-de-sac au-dessous de l'anastomose gastro-jéjunale.

M. Delagénière libère le petit épiploon de la paroi, puis libère l'antre prépylorique très adhérent en arrière du pancréas que l'on sent induré (probablement atteint de pancréatite chronique).

Section de l'estomac au niveau de l'antre et suture à trois plans des deux bouts. On remarque la cicatrice de l'ulcère. Détachement des adhérences postérieures et mobilisation soigneuse de l'estomac.

On constate que l'estomac s'est rétracté en haut ; s'écartant

du segment pylorique de plusieurs centimètres, il a entraîné avec lui l'anastomose qui répond maintenant à sa partie la plus déclive.

Drain.

Suites opératoires. — Shock pendant les quarante-huit heures qui suivent, peu de vomissements chloroformiques.

Cicatrisation normale.

Douleur sourde et léger suintement purulent persistant par le trajet du drain ; on refoule un fragment de l'épiploon qui a suivi le drain.

29 *juin.* — Température 38°,8, douleurs vives survenant brusquement à l'endroit habituellement douloureux, un peu à droite de la ligne médiane, au voisinage du trajet du drain. Le lendemain, la température se maintient élevée ; on retire par le trajet un fragment volumineux d'épiploon sphacélé.

1er *juillet.* — Température baisse à 37°, la suppuration persiste encore, la malade s'alimente progressivement sans difficultés et commence à se lever. Les forces reviennent lentement, le teint se colore.

Sortie le 23 *juillet.* — Etat général satisfaisant, la plaie est cicatrisée. On prescrit un régime alimentaire.

Dans cette observation, les indications à faire l'exclusion sont : l'insuffisance de la gastro-entérostomie antérieure, la périgastrite immobilisant un estomac ptosé en mauvaise position et empêchant son évacuation.

Dès la première intervention, il y avait des indications à l'exclusion qui aurait pu peut-être prévenir le retour des troubles.

4° Les hémorragies. — Les hémorragies sous la forme d'hématémèses abondantes, profuses, n'indiquent pas, pour la plupart des chirurgiens, une intervention opératoire. La mortalité des interventions est très élevée et nous pensons qu'il faut s'en tenir au traitement médical.

« Quand il s'agit, dit M. Duval (1), d'hémorragies répétées

(1) Duval. *In Précis de pathol. chirurg.*, T. III, p. 382.

ne cédant pas au traitement médical, il faut intervenir avant que le malade soit trop anémié.

Comment faut-il intervenir?

Ici les indications sont imprécises. On a préconisé la gastrotomie suivie d'exploration complète de la muqueuse pour reconnaître la source de l'hémorragie et en faire l'hémostase directe. Bien souvent, celle-ci n'a pu être reconnue et, dans d'autres cas, l'hémostase n'a pu être pratiquée directement sur l'ulcère calleux; parfois il est possible de reconnaître le siège de l'ulcère, soit par la simple palpation, soit par la « rougeur en flamme » de la séreuse à son niveau (Von Hacker) et de pratiquer l'hémostase de l'ulcère siégeant au pylore ou à la petite courbure en liant les artères coronaires et pyloriques (Witzel). En somme, l'hémostase peut se faire par voie directe après gastrotomie ou par voie indirecte sans gastrotomie par ligature des artères des courbures.

Certains chirurgiens, devant les difficultés d'exécution ou l'incertitude de ces divers procédés, préconisent l'emploi de la gastro-entérostomie qui mettrait l'estomac au repos. »

Nous avons vu que l'exclusion, bien mieux encore que la gastro-entérostomie, réalise cette indication.

Dès 1904, M. le professeur Quénu (1) met en lumière cette indication de l'exclusion.

« En dehors de la jéjunostomie, dit-il, je ne verrai théoriquement à conseiller que la gastrotomie. J'entends qu'entre deux ligatures on sectionnerait l'estomac dont chaque tranche serait, bien entendu, invaginée et suturée. L'estomac serait divisé en deux segments, l'un ne renfermant que l'ulcère, l'autre comprenant le reste de l'estomac et la bouche gastro-jéjunale. »

L'indication de l'exclusion nous paraît aussi bien s'étendre aux cas où l'ulcère saignant est stomacal. Dans les hémorragies,

(1) Quénu. *Bull. soc. chirurgie*, 4 mai 1904, p. 455.

la mise au repos le plus absolu est une indication d'une importance si essentielle qu'elle peut faire négliger la gravité un peu plus grande de l'exclusion, à condition toutefois que le malade paraisse pouvoir la supporter.

Obs. II. Communiquée par M. Delagénière (*inédite*) (1).

Ulcère prépylorique postérieur. — Exclusion pylorique pour hémorragie aiguë. — Guérison.

Mme F..., journalière, 49 ans, habitant Vas.

Entre à l'hôpital pour une abondante hématémèse.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 48 ans. Congestion cérébrale?

Mère morte à 23 ans. Bacillaire?

Une sœur morte à trois mois.

Personnels. — Peu de chose dans son enfance. Rougeole à 4 ans. Réglée à 17 ans régulièrement, règles durant huit jours.

Mariée à 17 ans, mari éthylique, meurt à 47 ans de delirium tremens.

Cinq enfants : un meurt bacillaire; un meurt à onze mois; trois autres bien portants.

Accouchements normaux, grossesses normales; à 36 ans, la malade, après avoir allaité un enfant, est prise d'une faiblesse, bourdonnements d'oreilles, vertige. Depuis cette époque, la malade voit chaque année, au printemps, se renouveler cette anémie, reste deux mois malade; elle ne quitte cependant pas son travail.

Histoire de la maladie. — A 30 ans débutent les accidents gastriques; la malade commence à avoir des digestions pénibles, après chaque repas elle éprouve une sensation de gonflement et pour faire cesser cette sensation elle se fait vomir, mais ne ramène jamais de liquides en grande abondance, mais seulement des matières glaireuses d'un goût acide.

Cet état dure de 3 à 15 jours; ces crises sont séparées par de plus ou moins longs intervalles de santé parfaite.

(1) Recueillie par M. Papin, interne de M. Delagénière.

A 39 ans, la malade voit ces crises se renouveler plus souvent sans trouver aucun changement dans les symptômes, pas de douleurs en un point localisé, ni spontanées ni à la pression, jamais de renvoi acide le matin, jamais de brûlures.

Jusqu'à il y a huit jours, la malade reste dans le même état; elle nous dit cependant avoir ressenti quelques douleurs au creux épigastrique, un peu à gauche, mais sans préciser.

Le 3 octobre dernier, en se levant (sans avoir éprouvé aucune douleur), la malade se sent affaiblie, elle va à la selle et remarque que ses selles sont noires et liquides, gluantes, comparables à de la suie, à du goudron, elle a trois melænas semblables dans la matinée, et se rend chez son médecin qui lui prescrit le repos absolu.

Le 4 octobre, à son réveil, la malade a une syncope et une sensation de chaleur dans l'estomac, et elle vomit une quantité de sang rouge qu'elle évalue à deux verres.

La malade se plaint d'une douleur irradiée dans les lombes.

Entrée à l'hôpital. — Le médecin appelé d'urgence la dirige sur l'hôpital où immédiatement on lui fait du sérum, une injection d'ergotine et des applications de glace sur le ventre.

Etat actuel. — Inspection. Malade très amaigrie, muqueuses décolorées. Subictère des conjonctives.

Poumons paraissant normaux, cependant expiration légèrement prolongée au sommet droit.

Appareil urinaire: ni sucre, ni albumine dans les urines.

Appareil circulatoire : pouls 120, filant.

Inspection de l'abdomen, ventre en bateau.

Palpation. — On trouve une douleur diffuse dans tout l'épigastre avec un point très net en dehors de la ligne médiane, point très douloureux à la pression. Le reste de l'abdomen n'est pas douloureux.

A la percussion. — L'abdomen est légèrement météorisé.

Auscultation. — On entend un peu de clapotement.

A son arrivée, la malade est très faible et on lui fait 500 grammes de sérum, des injections d'huile camphrée, glace sur le ventre; soignée pendant cinq jours, du 6 au 11 octobre, date de

son opération. Le 10, on lui fait un lavage d'estomac, mais elle refuse celui du matin de l'opération.

11 *octobre.* — *Opération.* — On trouve un ulcère prépylorique postérieur saignant.

Le docteur Delagénière fait une gastro-entérostomie transmésocolique verticale et l'exclusion du pylore.

Suites opératoires. — La malade sent son estomac ballonné; on lui fait un lavage d'estomac, elle en éprouve un soulagement. Le lendemain, deux lavages d'estomac. La malade n'a jamais vomi depuis l'opération.

Le 13. — Lavements, melæna (probablement sang de l'opération); lait coupé d'eau de Vichy comme nourriture.

Le 14. — Lait; la malade commence à se sentir plus forte.

Le 15. — Selle à la suite lavement purgatif, selle normale.

Le 18. — La malade commence à manger, régime approprié; les symptômes disparaissent, et la malade a tellement meilleure mine que ses parents ne la reconnaissent pas.

Depuis, une selle chaque jour, même pas hémorragie occulte.

La malade *quitte l'hôpital le 26*, guérie.

Nous avons vu nous-même cette malade, son état général semblait parfait.

Obs. III. Communiquée par M. Delagénière (*inédite*).

Ulcère de la face postérieure du pylore. — Exclusion du pylore. — Hémorragie récente. — Guérison.

J.-J. B..., 65 ans, charpentier, habitant Le Lude (Sarthe).

Antécédents héréditaires. — Père mort à 76 ans.

Mère morte à 61 ans d'un cancer de la face.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade; quelques chutes d'échafaudage sans suites graves. Constitution robuste.

A signaler de sérieux excès de boisson jusqu'en 1902, époque du premier accident hémorragique : le malade buvait par jour jusqu'à 6 litres de vin.

Au commencement de 1902, il ressent pour la première fois des troubles dyspeptiques consistant en une pesanteur gastrique, deux à trois heures après les repas et en régurgitations

acides dans le cours de la journée; il a parfois dans le creux épigastrique une douleur vive qui s'irradie dans le dos.

Au mois d'octobre de la même année, subitement, au milieu de la nuit, il se met à vomir du sang; par l'anus, il perd encore davantage de sang noir.

Le lendemain, l'hémorragie s'arrête, mais il reste très pâle et sans forces, obligé de garder le lit. Il ne peut reprendre son travail qu'au bout de huit jours.

En 1903, nouvelle hématémèse de 1 litre 1 /2 de sang pur. Le médecin fait plusieurs lavages d'estomac et conseille une opération qui est refusée par le malade. Depuis ce moment, régime lacté presque absolu : 5 litres par jour en moyenne, ce qui permet de passer deux ans sans accident.

En 1905, selles liquides et noires pendant deux jours, mais pas d'hématémèse.

Une hémorragie se fait ainsi tous les six mois environ à partir de cette époque.

Le 24 *janvier* 1909, hématémèse de 3 /4 de litre de sang noir.

Entre à la clinique du Dr *Delagénière le* 30 *janvier* 1909, avec le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Sa dernière hémorragie l'a considérablement affaibli; depuis un an, dit-il, les hémorragies sont plus fortes, et il se remonte plus difficilement après. Depuis six mois, il a cessé tout travail.

Localement, pas de tumeur épigastrique; estomac paraissant dilaté; quelques petits ganglions dans les aines. On se demande s'il ne s'agit pas d'un cancer greffé sur un ancien ulcère.

Le 31 *janvier*, à 2 heures du soir, le malade ressent subitement des coliques dans tout l'abdomen : il a des vomissements noirâtres marc de café; un lavage d'intestin fait doucement ramène une grande quantité de sang noir. Sous l'influence de la morphine, de l'ergotine et du chlorure de calcium, les coliques cessent vers 6 heures, mais les selles noires continuent encore le lendemain.

Quoique très affaibli, le malade prend néanmoins 3 litres

de lait par jour jusqu'à son opération et supporte un lavage quotidien d'estomac fait très doucement. Le liquide ramené est clair, renfermant simplement quelques caillots de lait.

Rien au cœur, rien aux poumons, urines normales.

Le pouls se remonte assez vite.

Opération le 4 février 1909. — Un lavage d'estomac préalable. 400 grammes de sérum pendant le chloroforme qui dure une heure et demie.

On se trouve en présence d'un ulcère de la face postérieure du pylore.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, puis exclusion du pylore et triple suture des extrémités pylorique et stomacale.

Tamponnement, drain.

Suites. — Deux heures après l'opération, le malade n'est pas encore réveillé; sueurs abondantes; pouls fort et bien frappé; respiration régulière.

Le soir, quelques vomissements brunâtres; dit qu'il souffre beaucoup, mais refuse obstinément un lavage d'estomac.

Le 6 février, commence à prendre du lait coupé d'eau de Vichy sans ressentir la moindre douleur à l'estomac.

Le 8 février, ayant souffert dans la nuit plus que d'habitude, il a quelques vomissements noirâtres et réclame lui-même un lavage d'estomac qui lui fait beaucoup de bien, dit-il. Symptômes liés à une petite hémorragie au niveau des sutures ?

Le 12 février. — Commence à prendre des potages et se lève. L'appétit revient en même temps que s'améliore l'état général.

14 *février.* — Infection de la paroi au niveau de la suture; on met un petit drain; un peu de suppuration. Le malade n'en ressent aucun malaise; il mange de tout et boit un peu de vin dix jours après l'opération.

Le 24 février. — L'état général est redevenu excellent, la suppuration intra-pariétale presque terminée, et le malade quitte la clinique.

Le 22 septembre 1909. — Très bon état général, digère bien, n'a plus eu la moindre hémorragie.

5° Les perforations. — *Les perforations aiguës* nécessitent un traitement d'urgence d'autant meilleur qu'il sera rapide. Nous ne voyons pas dans ces cas d'indications à l'exclusion.

Dans les cas d'abcès périgastriques dus à des *perforations anciennes*, il pourrait peut-être y avoir intérêt à compléter l'incision et le drainage de la collection par une exclusion.

Les processus ulcératifs peuvent aboutir à des *fistules* d'ordre variable.

Dans les *fistules gastro-cutanées*, le décollement et la suture séparée de l'estomac et de la paroi sont indiqués.

Lorsque la perte de substance stomacale est large, adhérente, impossible à suturer, comme dans l'observation rapportée par M. Lapeyre (1), il y aurait indication nette à l'exclusion du pylore, de préférence à la jéjunostomie qui réalise l'exclusion totale de l'estomac, inutile puisque les fistules siègent le plus souvent au niveau de la région prépylorique (Lapeyre).

Dans les *fistules gastro-viscérales* mettant en communication l'estomac avec un viscère creux (surtout colon) ou avec un viscère plein (pancéas, foie), la suture séparée des deux viscères après libération est une opération très fréquemment impossible; alors que l'exclusion pourrait être pratiquée.

Nous avons vu, lorsque nous étions externe dans le service de M. le Professeur Gilbert, l'autopsie d'un cas d'ulcère calleux avec large perforation reposant sur le foie qu'il aurait été, à notre avis, impossible de suturer, mais qu'il aurait peut-être été possible d'exclure.

Ulcères gastriques situés en dehors du pylore. — La résection est conseillée quand elle est possible.

---

(1) Lapeyre. Traitement des fistules gastro-cutanées graves par E. P. *Arch. prov. chir.*, 1909, XVIII, 65-74.

« Mais elle est malheureusement très souvent inapplicable parce que l'ulcère a une large base d'implantation, parce que l'estomac est induré et cartonneux tout autour de lui, parce qu'il forme une tumeur calleuse adhérente de toutes parts, parce qu'il remonte vers le cardia.

Enfin, dans la pratique, on rejette souvent l'exclusion parce qu'elle est plus difficile que la simple gastro-entérostomie et qu'elle comporte plus de risques. » (Leriche et Bressot) (1).

L'excision devient difficile et grave particulièrement dans les ulcères de la face postérieure, comme dans l'obs. nº 5.

La voie transgastrique a été proposée et employée par W. Mayo. Mais l'opération ne devient pas des plus simples d'autant qu'il faut souvent la faire suivre d'une gastro-entérostomie, si l'incision et la suture semblent devoir porter atteinte à la mécanique de l'estomac.

En tout cas, l'exclusion doit être préférée à la gastro-entérostomie pour toutes les raisons exposées au chapitre précédent et particulièrement pour assurer la guérison d'un ulcère calleux et le mettre à l'abri de la transformation cancéreuse sur laquelle insiste M. Mayo (2).

Obs. IV. Communiquée par M. Delagénière (*inédite*).

Ulcère prépylorique. — Section stomacale au niveau du pylore et suture des deux extrémités. Gastro-entérostomie post-transmésocolique. — Guérison.

Mme Anne P..., 67 ans, rentière, à Précigné.

Antécédents héréditaires. — Père mort cardiaque à 79 ans. Mère morte à 63 ans, d'une maladie d'estomac.

Antécédents personnels. — De constitution robuste, elle n'aurait jamais fait de maladie, quelques excès alcooliques.

Réglée à 11 ans, les règles ont toujours été douloureuses.

(1) Leriche et Bressot. *Loc. cit.*, p. 428.

(2) William J. Mayo. Excision des ulcères calleux de la paroi postérieure de l'estomac par voie transgastrique. *Annals of. Surgery*, décembre 1910, p. 797-800.

Mariée à 20 ans, elle n'a pas eu d'enfants, ni de fausse-couche. Ménopause à 49 ans.

Mangeait beaucoup et digérait très bien jusqu'en 1902. A ce moment apparaissent des troubles digestifs : perte d'appétit, douleur au creux épigastrique sitôt après les repas, aigreurs, mauvaise bouche. Pas de vomissements, ni de matières noires dans les selles.

Vers 1904, quelques crises d'entérocolite.

En 1908, les douleurs épigastriques augmentent, et la malade maigrit, bien qu'elle prenne deux litres et demi de lait par jour.

En juin, elle vient passer quatre jours à la Clinique du docteur Delagénière où on lui fait un lavage d'estomac : on pense à un ulcère de l'estomac, mais la malade refuse une intervention.

Rentrée chez elle, elle suit un régime lacté absolu et prend du bicarbonate de soude sans obtenir d'amélioration.

Entre à la Clinique du docteur Delagénière le 12 *mars* 1909. — Malgré la vive douleur épigastrique avec irradiation dans le dos que ressent la malade après avoir absorbé du lait, l'état général est resté satisfaisant.

Elle n'a pas de vomissements et ses selles ne contiennent pas de matières noirâtres. Un peu de clapotement stomacal; au palper de l'épigastre on ne sent aucune tumeur. Pas de ganglions inguinaux, ni sus-claviculaires. Urine normale.

Préparation de la malade. Deux lavages d'estomac qui reviennent complètement clairs.

Lavage d'intestin et purgatif. La malade prend deux litres de lait par jour.

Opération le 18 *mars* 1909. — On trouve un ulcère prépylorique et postérieur et des adhérences péripyloriques fusionnant le pylore à l'épiploon gastro-hépatique et au pancréas. Section de l'estomac au niveau du pylore entre deux pinces, et triple suture de chaque extrémité, puis, gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique, un drain.

Durée une heure et demie. Injection de 150 grammes de sérum pendant l'opération. Chloroforme. Méthode de Klapp.

Suites. — Dans la soirée, le faciès est bon et le pouls bien frappé; quelques vomissements noirâtres; on fait aussitôt un lavage d'estomac qui soulage considérablement la malade et ramène un peu de sang; à la fin du lavage, on laisse une demi-tasse de tilleul dans l'estomac. Dans la nuit, à deux reprises, il y a encore des vomissements.

Le lendemain, au matin, nouveau lavage d'estomac qui revient clair.

Un lavage d'intestin ramène du sang noir; le ventre reste souple; un peu de sang dans le pansement.

20 *mars.* — Supporte très bien le lait coupé d'eau de Vichy.

22 *mars.* — Prend des potages.

24 *mars.* — Un peu de viande et de vin qui passent facilement.

Le gros drain est remplacé par un petit.

27 *mars.* — L'état général est excellent; la malade suit le régime commun sans ressentir la moindre douleur stomacale. Il ne persiste plus qu'une pesanteur au niveau du colon ascendant et descendant.

Légère suppuration de la paroi.

Sortie le 12 *avril.* — Il restait encore un petit drain dans la paroi.

Obs. V. Communiquée par M. Delagénière (*inédite*).

Ulcère de la face postérieure de l'estomac à quatre centimètres du pylore. — Exclusion du pylore, et gastro-entérostomie trans-mésocolique. — Guérison. — Deuxième opération. — Eventration, cure radicale.

Mme Augustine L..., 47 ans, sans profession, habitant Sablé.

Antécédents héréditaires. — Père mort subitement à 76 ans. Mère morte à 46 ans d'un cancer du sein.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, régulièrement; mariée à 22; a eu trois fausses-couches de trois à quatre mois avec hémorragies consécutives, puis une fille actuellement âgée de 15 ans.

Est encore réglée régulièrement.

Il y a une quinzaine d'années, pour des pertes blanches assez abondantes, consulte le Dr Delagénière qui constate une ulcération du col.

Varices des jambes.

Prolapsus utérin et cystocèle, datant de son accouchement; ptose viscérale.

A partir de *mai* 1908, commence à souffrir de l'estomac, surtout après les repas. A la pression, point douloureux au niveau du pylore, avec irradiations dorsales. Pesanteur stomacale habituelle.

L'analyse du suc gastrique faite par le Dr Langevin montre une acidité au-dessous de la normale : A = 1,65 et l'absence d'acide chlorhydrique. De plus, après un repas d'épreuve, il ne retire que 13 cmc. sur 300. Donc, pas de rétention.

La malade est soumise pendant trois mois au régime suivant : deux litres de lait par jour et deux bouillies, mais sans amélioration. Le 28 mars 1909, elle entre à la clinique du Dr Delagénière.

A la palpation, on ne sent aucune tumeur. Pas de ganglions. Point douloureux précis au niveau du pylore. Pas de vomissements, ni de selles noirâtres. Le pylore paraît perméable. La malade prend régulièrement deux litres de lait par jour, et les lavages d'estomac faits à jeun ne ramènent aucun liquide de stase.

L'état général reste bon; le cœur et les poumons paraissent normaux à l'auscultation. Le foie déborde légèrement les fausses côtes. Ptose viscérale. Urine sans sucre ni albumine. Préparation de la malade : lavage quotidien d'estomac.

Opération le 1er *avril* 1909. — Incision sus-ombilicale. — On trouve un ulcère de la face postérieure à 4 centimètres environ du pylore. Exclusion du pylore : on exclut le moins possible de glandes juxta-pyloriques en raison de l'hypochlorhydrie, puis gastro-entérostomie trans-mésocolique.

La vésicule biliaire est distendue mais ne renferme pas de

calculs. Le foie ne présente pas sa coloration normale : il est plus foncé, et, de distance en distance, on distingue nettement de petits nodules arrondis, blanchâtres, ressemblant à de petites lentilles; au toucher, ils sont durs, et leur consistance tranche avec le restant du tissu hépatique. Ce sont là, très vraisemblablement, des lésions syphilitiques, concordant avec l'ulcération du col utérin et les fausses-couches signalées plus haut.

Un drain; pas de mèches.

2 *avril.* — Faciès excellent; pouls battant à 80, pas de vomissements. On fait néanmoins un lavage d'estomac qui revient bilieux, mais non sanguinolent. Dans la soirée, la malade supporte parfaitement un peu de lait coupé d'eau de Vichy.

3 *avril.* — Un lavage d'intestin ramène un peu de sang.

6 *avril.* — On enlève le drain. La malade prend de la viande et du pain grillé sans être incommodée.

10 *avril.* — S'accommode très bien du régime commun.

15 *avril.* — Toutes les douleurs ont disparu et la malade digère très bien. Sort de la clinique.

M. Delagénière revoit sa malade le 3 septembre 1909. Elle est en bon état et a été parfaitement jusqu'à il y a quinze jours. Elle a présenté alors des accidents peu intenses d'entérite.

5 *février* 1910. — Bon état, mais a déchiré sa cicatrice aponévrotique et souffre au niveau de l'anneau.

On porte le diagnostic d'éventration et d'adhérences périgastriques.

Deuxième opération le 28 *avril* 1910. — Chloroforme. — Détachement des adhérences et cure radicale. Des adhérences existent entre l'épiploon et la paroi.

Les sutures pyloriques sont bien guéries; le duodénum s'est rétracté en bas et s'est écarté du pylore. L'estomac n'est pas dilaté, il paraît normal.

Suites normales.

28 *janvier* 1911. — La malade digère bien, mais souffre d'entéro-colite. Point de Mac-Burney et rétroversion.

Les principales indications d'exclusion ont été ici un ulcère stomacal avec pylore libre, ptose viscérale; l'hypochlohydrie ayant conduit à n'exclure qu'une petite partie de la région pylorique.

B. — Syndrome de Reichmann.

Dans les cas appelés maladie de Reichmann, les indications d'une intervention sont quelquefois difficiles à poser.

La plupart des chirurgiens et médecins ne conseillent pas une intervention dans les cas relativement bénins et récents où la gastro-succorrhée ne s'accompagne pas de stase alimentaire. Au contraire, les cas anciens, récidivants, avec stase gastrique plus ou moins notable, peuvent bénéficier d'une intervention. Ils sont le plus souvent symptomatiques d'une lésion anatomique, sténose pylorique ou sous-pylorique (Hayem); dans la plupart des cas, pensons-nous avec Soupault et Œttinger, ulcère juxtapylorique; mais il y a dans ces cas en général des lésions complexes.

Il faut remarquer, en effet, que tous les éléments du syndrome de Reichmann : spasme, stase, gastro-succorrhée, lésions anatomiques, réagissent les unes sur les autres, et qu'il y a toujours à un moment donné des *lésions de gastrite* plus ou moins intenses. « Ces lésions sont celles de la gastrite hyperpeptique de M. Hayem. » (Enriquez) (1).

Les lésions anatomiques complexes qui existent le plus souvent dans les cas où l'on intervient à propos de syndrome de Reichmann, ont des indications particulières.

La gastro-entérostomie sera très souvent incapable de faire disparaître des troubles aussi marqués du chimisme gastrique. Elle laisse subsister d'ailleurs les causes d'hypersécrétion réflexe.

Seule la pylorectomie et l'exclusion peuvent y parvenir.

Nous ferons remarquer que les lésions ulcéreuses ne sont

(1) Enriquez. *Traité de Médecine*, 1909, T. I, p. 1091.

très souvent que de simples ulcérations ou exulcérations, de simples fissures, origine de spasmes redoutables, mais sans les tendances à la chronicité de l'ulcus, et que, pour les guérir, l'exclusion est un procédé bien suffisant.

Nous voyons donc là une des plus intéressantes indications de l'exclusion. Elle remplit toutes les conditions demandées.

Elle agira d'autant mieux sur les troubles sécrétoires qu'on pourra avoir soin d'exclure, ainsi que le recommande le Dr Delagénière, une large portion de muqueuse atteinte de gastrite parenchymateuse.

Obs. VI. Communiquée par M. Delagénière (*inédite*).

Syndrome de Reichmann. — Exclusion du pylore. — Guérison.

Mlle Juliette E..., 21 ans, ouvrière.

La malade présente des troubles dyspeptiques graves. Après l'ingestion d'aliments ou même de liquides, elle est prise plus ou moins rapidement de crises douloureuses se terminant par des vomissements acides, brûlants. Les vomissements sont d'une abondance énorme (pleines cuvettes), dépassant de beaucoup les quantités d'aliments ingérés. Cette disproportion est tellement notable que le personnel hospitalier avait soupçonné un moment la simulation.

L'intolérance stomacale est presque absolue. Les vomissements sont constants et incoercibles. L'amaigrissement fait des progrès rapides. La malade arrive à un véritable état d'inanition.

Le Dr Delagénière décide une intervention. A l'examen, on constate des signes de tuberculose pulmonaire.

Opération le 13 *juillet* 1909. — Chloroforme. Méthode de Klapp. Pas de traces d'ulcère.

Exclusion large de la région pylorique et gastro-entérostomie (Von Hacker).

Les suites de l'opération sont normales.

Après l'opération, les vomissements ont complètement disparu.

La malade commence progressivement à s'alimenter. Elle quitte l'hôpital en très bon état.

Octobre 1911. — M. Delagénière a eu des nouvelles de la malade. Il n'y a plus de troubles dyspeptiques.

La tuberculose pulmonaire évolue très lentement.

C. — Sténoses médiogastriques.

Nous ne nous occuperons pas des sténoses congénitales.

Les sténoses acquises relèvent le plus souvent d'un ulcère cicatrisé d'une face ou de la petite courbure.

On pourra être appelé, dans certains cas, à pratiquer l'exclusion de la poche pylorique.

D. — Ulcérations stomacales.

Elles ne paraissent pas devoir donner des indications à l'exclusion, sauf, peut-être, par les hémorragies.

E. — Tuberculose stomacale.

La forme ulcéreuse s'accompagne souvent de callosité; formant une véritable tumeur doublée de périgastrite, elle peut provoquer la sténose pylorique et aboutit souvent aux fistules soit gastro-cutanées, soit gastro-viscérales. D'autre part, la forme hypertrophique forme le plus souvent une véritable masse néoplasique adhérente de toutes parts.

Toutes ces lésions sont bien souvent inextirpables et pourraient présenter des indications intéressantes d'exclusion.

F. — Tumeurs bénignes.

Elles ne nous intéressent pas.

II. — Affections bénignes du duodénum.

A. — Ulcère du duodénum.

L'ulcère du duodénum a un intérêt primordial. Ses indications opératoires ont été bien discutées par MM. Ricard

et Pauchet (1) dans leur rapport aujourd'hui classique.

De fréquence probablement considérable, mais d'un diagnostic difficile, il a le plus souvent une symptomatologie assez obscure, caractérisée par des crises douloureuses tardives (douleurs de la faim), par des troubles dyspeptiques et des hémorragies le plus souvent reconnaissables par la recherche du sang dans les fèces, par une longue évolution avec crises intermittentes.

Nous signalerons encore l'insuffisance biliaire et pancréatique qui semble presque toujours exister à un certain degré.

« Les conduits biliaires et pancréatiques débouchent dans le duodénum; il n'est pas étonnant qu'ils s'enflamment par suite de la duodénite catarrhale concomitante (2). »

L'ulcère duodénal par lui même est une indication d'intervention. Le traitement variera suivant les lésions constatées.

On a conseillé l'excision de l'ulcère avec ou sans gastro-duodénoplastie. Mais cette excision ne paraît applicable qu'aux ulcères de petites dimensions, non adhérents et facilement accessibles. La résection est grave et difficile. La gastro-entérostomie a été le procédé le plus employé, suivie ou non d'enfouissement de l'ulcère.

Nous reprocherons à la gastro-entérostomie de laisser passer dans le duodénum le chyme stomacal acide qui continue à irriter l'ulcère et la muqueuse atteinte d'inflammation chronique. Or, cette duodénite se propage aisément au pancréas, et la pancréatite ainsi produite nous paraît une nouvelle indication d'exclusion.

D'ailleurs, dans la pratique, la gastro-entérostomie s'est souvent montrée impuissante contre les ulcères duodénaux sans sténose, se manifestant par de simples troubles dyspeptiques, ainsi que le signalent MM. Ricard et Pauchet. La gastro-entérostomie suivie de duodénoplastie, qui arrête

(1) Ricard et Pauchet. *Loc. cit.*, p. 486.
(2) Ricard et Pauchet. *Loc. cit.*

le passage des matières, paraît avoir donné de meilleurs résultats.

Mais nous croyons que cette plicature ne donne qu'une exclusion insuffisante et surtout qu'il est impossible de fixer son avenir; l'ulcère, les fils, doivent subir des modifications diverses.

Nous pensons donc que l'exclusion est la méthode de choix. On pourra se contenter de la méthode de Leriche et Bressot (1) que nous exposons à la technique et qui réalise l'exclusion du duodénum.

L'exclusion a donné d'excellents résultats à M. Jonnesco qui a traité huit ulcères duodénaux par l'exclusion. « Mes huit opérés, dit-il (2), ont parfaitement guéri de leur opération et de leur ulcère. Dans tous les cas, il s'agissait d'ulcères en pleine évolution et tellement adhérents au pancréas que la résection était impossible. »

Vautrin (3) a eu les mêmes bons résultats. M. H. Delagénière (4) a fait deux exclusions pour ulcère duodénal, et a eu un cas de guérison thérapeutique, et un cas de mort par *delirium tremens* au cinquième jour.

COMPLICATIONS DE L'ULCÈRE DU DUODÉNUM

D'une façon générale, elles ont les mêmes indications opératoires que l'ulcère lui-même.

1° Perforation. — Il nous semble rarement possible que l'exclusion soit applicable aux perforations aiguës.

Les perforations chroniques suivies d'abcès périduodénaux paraissent pouvoir fournir des indications d'exclusion variables avec les cas.

Dans les fistules duodénales externes, la suture étant très souvent impossible à faire, l'exclusion pylorique ou duodé-

(1) Leriche et Bressot. *Loc. cit.*
(2) Jonnesco. XXIII[e] Congrès fr. chir., p. 575.
(3) Vautrin. *Loc. cit.*
(4) Delagénière. *Loc. cit.*

nale répondrait parfaitement aux indications. Elle a d'ailleurs été faite par Berg (1) et préconisée par Cackovic (2).

2° Hémorragies. — Dans les cas d'hémorragie abondante, l'hémostase directe n'est pas le procédé de choix.

On a proposé la gastro-entérostomie avec enfouissement de l'ulcère, mais cet enfouissement ne doit produire qu'une hémostase un peu théorique, et nous préférerions à cette intervention, l'exclusion du pylore.

Elle a donné à M. le professeur Quénu (3) un beau cas de guérison.

3° Sténoses. — Les sténoses duodénales cicatricielles se trouveront en général parfaitement bien de la gastro-entérostomie.

Lorsque l'ulcère est en évolution, nous préférerions l'exclusion pylorique ou duodénale.

B. — **Pancréatite chronique.**

Nous voudrions ajouter quelques mots à propos des indications de l'exclusion dans la pancréatite chronique.

Les lésions d'inflammation chronique des muqueuses gastrique et duodénale s'accompagnent souvent d'ulcérations ou de véritables ulcères chroniques; d'autre part, elles sont parmi les facteurs les plus importants de l'infection ascendante des voies biliaires et des canaux pancréatiques.

Toutes ces lésions s'enchaînent et réagissent les unes sur les autres : ainsi, les lésions ulcéreuses déterminent autour d'elles un processus de réaction inflammatoire, qui s'étend au péritoine et aux organes voisins; le plus fréquemment, nous l'avons vu au pancréas.

A ce point de vue, l'observation n° 1 de la thèse de Royer (1)

---

(1) Berg. *Zentralblatt f. Chir.*, 23 mai 1903, n° 21, p. 556.
(2) Cackovic. *Zentralblatt f. Ch.*, 20 juin 1903, n° 25, p. 649.
(3) Quénu. *Bull. Soc. Chir.*, 1910, p. 1120.
(1) Royer. *Loc. cit.*

(communiquée par le Dr Delagénière) est des plus intéressantes. Cette femme ayant été opérée successivement pour un ulcère du pylore adhérent au pancréas (gastro-entérostomie), pour lithiase biliaire s'accompagnant de pancréatite, pour appendicite, et enfin on lui fait une exclusion du pylore à la suite de laquelle disparaissent ses accidents.

Toutes ces lésions semblent bien avoir marqué les étapes successives de l'invasion des microbes du milieu intestinal.

La gastrite, la duodénite chroniques et l'ulcère, la pancréatite, la cholédocite présentent pour nous bien souvent d'étroites relations et lors d'interventions pour l'une de ces manifestations, nous croyons que l'on pourrait se rappeler avec profit que l'exclusion du pylore est susceptible d'une action bienfaisante sur la gastrite et la duodénite, en un mot sur le microbisme gastro-duodénal. Le Dr Delagénière (1), après avoir exposé le traitement des phénomènes de sténose dus à la pancréatite chronique par la gastro-entérostomie, ajoute que pour obtenir le passage de tous les aliments par la bouche et de plus « pour assurer la désinfection du duodénum, il nous paraîtrait utile de pratiquer enfin l'exclusion du pylore par une simple plicature d'enfouissement de l'estomac ». A l'heure actuelle, nous croyons qu'il préférerait l'exclusion par section.

---

(1) Delagénière. *Arch. prov. chir., loc. cit.*

CHAPITRE V

Technique.

Plusieurs procédés ont été préconisés pour réaliser l'exclusion. Nous pensons que les procédés de ligature qui ont été employés par Berg (1), Parlavecchio (2) et Randisi (3), ne donnent que des résultats inconstants et non durables.

Les expériences de Randisi ne démontrent pas pour nous que cette ligature arrive à empêcher toute communication entre la poche cardiaque et la poche pylorique. Ces expériences ont porté, en effet, sur quatre chiens et les résultats constatés sur le deuxième et le troisième chien, montrent que les ligatures ont tendance à s'invaginer dans les tuniques stomacales de la superficie vers la profondeur et arriveraient sans doute à tomber dans la lumière de l'estomac et à s'éliminer. Depuis longtemps d'ailleurs, les expériences de Roger et Garnier (4) ont montré que les ligatures placées sur l'intestin s'éliminaient de cette façon, et qu'en quelques jours, le cours des matières était rétabli. Ces résultats nous font douter très vivement de l'efficacité des différents procédés de plicature, de blocage, d'enfouissement.

Nous croyons qu'il n'existe à l'heure actuelle qu'une seule façon de pratiquer l'exclusion du pylore, c'est la section transversale suivie de suture des deux bouts. Nous décrirons le

---

(1) Berg. *Loc. cit.*
(2) Parlavecchio. *Loc. cit.*
(3) Randisi. *Loc. citato.*
(4) Roger et Garnier *Presse médicale,* 23 mai 1906, n° 41, pages 325 à 327.

procédé employé par M. H. Delagénière et rapporté par son interne Royer (1). Il comprend les temps suivants :

« 1° Laparotomie médiane sus-ombilicale;

2° On pratique une gastro-entérostomie postérieure de Von Hacker suivant la méthode ordinaire. » M. Delagénière pratique souvent actuellement l'anastomose verticale.

« 3° Effondrement des deux épiploons gastro-colique et gastro-hépatique aux points qu'on a choisis pour la section gastrique. Une compresse stérile est passée derrière la face postérieure de l'estomac, au niveau de la future ligne de section. Cette compresse est destinée à protéger le champ opératoire contre le contenu gastrique qui pourrait s'échapper au moment de la section;

4° Deux pinces droites à coprostase sont placées de chaque côté de la ligne où se fera l'incision;

5° Section de l'estomac, de la grande à la petite courbure;

6° Fermeture des deux orifices. Un aide retourne légèrement la pince à coprostase du côté à suturer, de façon à bien présenter la tranche au chirurgien. Celui-ci commence par faire un premier plan de suture sur la muqueuse. C'est un surjet à points serrés qui a pour avantage qu'en même temps qu'il rapproche les lèvres, il assure l'hémostase.

On fait un deuxième plan de suture, musculo-séreux celui-là.

Enfin un troisième plan séro-séreux. Après avoir opéré ainsi sur la tranche pylorique, le chirurgien recommence la même opération sur l'autre tranche. Il convient d'ajouter que le surjet qui forme ces sutures est arrêté tous les quatre points environ par un point en arrière;

7° Suture de la paroi abdominale. »

Nous ne décrirons pas les autres techniques employées, celle de Eiselsberg, celle de Chauvel, etc.

---

(1) Royer. *Loc. cit.*, p. 44.

Mais nous trouvons proposé par Leriche et Bressot (1) un procédé fort intéressant consistant à faire la section juste au travers du sphincter pylorique, ce qui rend les sutures des plus faciles et des plus rapides, et permettrait l'emploi du bouton anastomotique de Jaboulay pour la gastro-entéros tomie.

Ce procédé, s'il ne jouit pas de tous les avantages de l'exclusion pylorique telle que nous l'avons décrite, est parfait, semble-t-il, pour réaliser l'exclusion du duodénum.

---

(1) Leriche et Bressot. *Loc. cit.*, p. 424.

CONCLUSIONS

1° L'exclusion du pylore semble assurer mieux que la gastro-entérostomie l'évacuation de l'estomac quand le pylore est perméable.

2° Elle semble devoir favoriser plus que la gastro-entérostomie la guérison des lésions bénignes, non cancéreuses, de l'estomac et du duodénum.

3° Théoriquement, elle devrait remplacer la gastro-entérostomie dans tous les cas de lésions gastriques ou duodénales bénignes inextirpables, l'extirpation restant le procédé de choix.

4° La gastro-entérostomie donne cependant des résultats suffisants dans la plupart des cas, et, d'autre part, la gravité de l'exclusion est supérieure à celle de la gastro-entérostomie.

5° Il nous semble donc falloir réserver l'exclusion aux cas où l'état général du malade paraît le permettre et où il existe une ou plusieurs des indications suivantes, aucune de ces indications n'ayant d'ailleurs une valeur assez absolue pour imposer l'exclusion.

1° Sténose incomplète, adhérences indestructibles pouvant rendre insuffisante ou douloureuse l'évacuation de l'estomac après gastro-entérostomie;

2° Ulcère pylorique ou stomacal calleux, surtout ulcère calleux suspect de dégénérescence cancéreuse;

3° Ulcère hémorragique;

4° Ulcère duodénal en général;

5° Syndrome de Reichmann grave;

6° Quelques indications d'intérêt moindre, tuberculose stomacale, fistules stomacales.

Enfin l'exclusion pourra être appelée à compléter une gastro-entérostomie faite antérieurement et ayant donné des résultats insuffisants.

COMPLÉMENT DE BIBLIOGRAPHIE

CHALIER et NOVÉ-JOSSERAND. — Tumeur inflammatoire sténosante du pylore d'origine tuberculeuse. *Lyon chir.*, 1911, n° 4.

DELAGÉNIÈRE. — Contribution à l'étude de la chirurgie du pancréas. *Arch. prov. de chir.*, nos 4 et 5, 1906.

GOSSET. — L'ulcère peptique du jéjunum. *Rev. de chir.*, 1906, p. 54, 290.

HARTMANN. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique. 1re série. Voies urinaires; Estomac.

JONNESCO. — Interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses de l'estomac. Prem. Congr. soc. int. chir., Bruxelles, 1905. *Proc. verb.*, p. 251.

KÜMMER. — Submukœse Darmresektion. Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesells. f. Chir. XX Kongress. Beilage zum *Centralblatt f. chir.*, 1891, n° 26, p. 113. Voyez aussi *Cent. f. chir.*, 1891, n° 50, p. 976.

LEGGET et MAURY. — The function of the pylorus and stoma after gastro-enterostomie as been performed. *Ann. of. surg.*, 1907, p. 549.

LERICHE et MOURIQUAND. — Les formes chirurgicales de la tuberculose de l'estomac. *Rev. de chir.*, 1909, nos 2, 3.

LEVEN et BARRET. — Radioscopie gastrique. *Presse méd.*, 16 sept. 1905, 31 janv. 1906.

MASINI. — Gastro-jéjunostomie avec exclusion du pylore. *Marseille méd.*, 1910, n° 20.

MOREAU. — Des suites de la gastro-entérostomie pour sténose non cancéreuse du pylore. *Thèse Paris*, 1909.

MONPROFIT. — Chirurgie de l'estomac. *Trib. méd.*, 1906, n° 47 et aussi Congr. fr. de chir., 1911 (non paru).

ŒTTINGER. — Hypersécrétion gastrique à jeun. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. IV, p. 561.

Poénaro. — Trois cas d'ulcère de l'estomac, traités par l'exclusion du pylore et la gastro-entérostomie. *Bull. et mém. soc. chir., Bucarest*, 1906-1907, IX, p. 226.

Savariaud. — De l'ulcère hémorragique de l'estomac et de son traitement chirurgical. *Th. Paris*, 1898.

Terrier et Hartmann. — Chirurgie de l'estomac. Paris, 1899.

Thompson. — Physiologie du pylore. *Dublin J. of. med. scie.*, 3e série, nº 457, p. 1.

Vachez. — L'ulcère peptique du jéjunum. *Th. Paris*, 1907.

Vu et Permis d'imprimer :

Le Président de thèse,
HARTMANN

Le Doyen,
D. LANDOUZY

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 71, RUE DE RENNES.